



ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. О ЧЕМ СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ ВСЕГДА (КЛИНИЧЕСКАЯ ЛЕКЦИЯ). ЧАСТЬ 1

© В.В. Борисов

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России

Для цитирования: В.В. Борисов. Диагностика и терапия инфекций мочевыводящих путей. о чем следует помнить всегда (клиническая лекция). Часть 1 // Урологические ведомости. – 2017. – Т. 7. – № 3. – С. 52–59. doi: 10.17816/uroved7352-59

Дата поступления: 18.08.2017

Статья принята к печати: 20.09.2017

Клиническая лекция посвящена систематизации знаний широкого круга врачей и специалистов-урологов о важности проблемы неосложненных инфекций мочевыводящих путей, их распространенности в нашей стране и мире, причинах и частоте возникновения у детей и взрослых, особенностях диагностики на основе клинических проявлений заболевания, лабораторных данных с учетом образования биопленок, наличия заболеваний, передающихся половым путем. Особое место уделено проблеме рецидивов цистита, обусловленных анатомическими особенностями женской уретры, необходимости и возможностям их коррекции. Важное место в работе посвящено роли врачей общей практики, участковых терапевтов, нефрологов, специалистов-урологов, гинекологов в амбулаторном обследовании и лечении этих больных.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей; первичный острый и рецидивирующий цистит; дизурия, антибактериальная и симптоматическая терапия.

DIAGNOSIS AND THERAPY OF URINARY INFECTIONS. WHAT SHOULD ALWAYS REMEMBER (CLINICAL LECTURE). PART 1

© V.V. Borisov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

For citation: Borisov VV. Diagnosis and therapy of urinary infections. What should always remember (clinical lecture). Part 1. *Urologicheskie vedomosti*. 2017;7(3):52-59. doi: 10.17816/uroved7352-59

Received: 18.08.2017

Accepted: 20.09.2017

The clinical lecture is devoted to the systematization of the knowledge of a wide range of physicians and urologists about the importance of the problem of uncomplicated urinary tract infections, their prevalence in our country and the world, the causes and frequency of occurrence in children and adults, diagnostic features based on clinical manifestations of the disease, laboratory data taking into account the formation of biofilms, the presence of sexually transmitted diseases. A special place is given to the problem of recurrences of cystitis due to the anatomical features of the female urethra, the need and the possibilities for their correction. An important place in the lecture is devoted to the role of general practitioners, district therapists, nephrologists, urologists, gynecologists in outpatient examination and treatment of these patients.

Keywords: urinary tract infections; primary acute and recurrent cystitis; dysuria; antibacterial and symptomatic therapy.

В международной классификации болезней (МКБ-10) воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей определяются собирательным понятием «инфекции мочевых путей» и подразделяются на неосложненные и осложненные. Под «неосложненной инфекцией мочевыводящих путей» принято понимать инфекцию у здоровой небеременной пациентки в возрасте 16–65 лет. Подразумевается, что данное заболевание исключительно женская проблема, когда речь идет о банальном первичном остром цистите. Понятие «осложненные инфекции мочевыводящих путей» включает заболевания, при которых имеют место расстройства уродинамики, перенесенные ранее оперативные вмешательства на почках и мочевыводящих путях, а также имеются тяжелые фоновые сопутствующие заболевания (сахарный диабет и др.). Классификация, принятая в мире и одобренная международными организациями, ответственными за здоровье человека, безусловно, является руководством к действию [1]. Однако, с нашей точки зрения, для правильного понимания диагностического и неразрывно связанного с ним лечебного процесса, особенно на «переднем крае» практического здравоохранения в звене семейного врача и врача общей практики, требуется уточнение целого ряда проблем и вопросов, связанных с этими утвержденными и, казалось бы, несложными положениями.

Прежде всего об определении. Инфекция (от латинского *inficio* — заражаю) — проникновение возбудителя болезни в организм человека или животного и возникновение при этом сложного комплекса взаимодействия микроба и организма, сопровождающегося размножением и болезнетворным действием возбудителя. В последние годы имеется тенденция отграничить понятие «инфекция» от инвазии организма человека или животного многоклеточными паразитами (например, гельминтами). К понятию «инфекция» примыкают понятия «инфекционный процесс» и «инфекционная болезнь». Инфекционный процесс — это динамика патологических изменений организма в связи с инфекцией (адаптация возбудителя, его регионарная локализация, размножение, иногда гематогенная диссеминация, интоксикация организма продуктами его жизнедеятельности и распада, возникновение вторичных инфекционно-воспалительных очагов в паренхиматозных и других органах, иногда септицемия и др.). Наряду с нару-

шениями функций организма и его естественными защитными реакциями (нейрорефлекторными, гуморальными) инфекционный процесс составляет патогенетическую основу инфекционной болезни с клиническими, функциональными и морфологическими признаками нарушения здоровья. Эта возможность реализуется в конкретных условиях индивидуально в зависимости от количества и вирулентности возбудителя, возможностей защитных функций внутренней среды организма, его естественной резистентности, иммунитета и др. Приведенные фундаментальные положения должны быть приложены каждым практикующим врачом к конкретным заболеваниям, которые и составляют рассматриваемые собирательные понятия «инфекции мочевых путей» [2].

Второе обстоятельство, на котором нельзя не остановиться. Классификация по определению является подразделением по единому принципу. В понятии «инфекция мочевых путей» таких основополагающих принципов, к сожалению, много, что затрудняет и усложняет его логичное и последовательное понимание, а следовательно, и рациональное практическое применение. В определениях неосложненных и осложненных инфекций мочевых путей в качестве основополагающих принципов применены и возраст, и пол, и расстройства функции мочевыводящих путей (уродинамики), и анамнестические данные в виде перенесенных различных по характеру хирургических операций на этих органах, однако без их конкретизации, и множество системных заболеваний, к которым, кроме сахарного диабета, могут быть отнесены и подагра, и коллагенозы, и гломерулонефрит, нефротический синдром, а также их осложнения и исход — острая и хроническая почечная недостаточность, проявления бактериотоксического шока и уросепсиса [1].

Все вышеизложенное характеризует сложность понятия «инфекции мочевыводящих путей» для широкого и повсеместного применения во врачебной практике в качестве диагноза болезни, предполагающего определенные лечебные мероприятия. С нашей точки зрения, чтобы не впасть в фельдшеризм, бездумно следуя стандартам и применяя схемы лечения при столь разнородных по характеру клинических ситуациях, необходимо приложить максимум усилий для диагностики и дифференциальной диагностики конкретного заболевания, одновременно решая вопрос о необходимости и правомерности антибактериальной и противовос-

палительной терапии в первичном звене — и не только урологом, но и семейным врачом, врачом общей практики, терапевтом, нефрологом — или скорейшей, возможно экстренной передачи пациента в руки специалиста-уролога.

Распространенность инфекций мочевых путей весьма значительна. Так, по данным на конец XX в., впервые выявленные заболевания составляли около 160–170 случаев на 100 тысяч населения ежегодно, а общее число эпизодов инфекций мочевых путей зарегистрировано на уровне 906,5–995,3 в год на 100 тысяч населения [2]. Несмотря на совершенствование антимикробной терапии, в мире наблюдается отчетливая тенденция к увеличению числа заболеваний, что, бесспорно, делает эту проблему актуальной и одной из первостепенных. Среди детей первого года жизни инфекции мочевыводящих путей встречаются одинаково часто у девочек и мальчиков (по 1 % соответственно), что, как правило, чаще бывает связано с конгенитальными заболеваниями. От 1 до 15 лет заболеваемость мальчиков составляет 0,5 %, а девочек — в 9 раз больше, что, по-видимому, обусловлено анатомо-функциональными особенностями организма, эндокринными перестройками в связи с менархе и пр.

От 16 до 35 лет инфекции мочевыводящих путей у мужчин продолжают оставаться на том же низком уровне, а заболеваемость женщин возрастает еще в 4,5 раза, и соотношение заболеваемости мужчин и женщин составляет уже 1 : 40. В этом сказываются и определенная анатомо-функциональная уязвимость мочевыводящих путей женщины, и активная сексуальная жизнь, беременность и роды, и воспалительные заболевания женской половой сферы. По сводным статистическим данным, у 20–30 % женщин этого возраста ежегодно наблюдается до 1 эпизода острого цистита, а в перерасчете на 1 женщину в год — 0,5–0,7. В возрасте 36–65 лет темпы роста заболеваемости мужчин резко возрастают: с 0,5 заболеваемость увеличивается до 20 %, тогда как у женщин, продолжая оставаться высокой (20–35 %), она растет, но меньшими темпами. В возрасте старше 65 лет заболеваемость мужчин возрастает до 35 %, что, по-видимому, обусловлено увеличением частоты аденомы простаты, связанного с ней хронического простатита, возможных осложнений [3]. У женщин этого возраста инфекции мочевых путей составляют 40 % и, как правило, развиваются на фоне возрастной инволюции гениталий, постклимактерических гормональных рас-

стройств, опущения и выпадения женских половых органов с развитием цистоцеле, недержания мочи и пр. [4, 5].

Количество госпитализаций по поводу инфекций мочевых путей ежегодно по России превышает 300 тысяч, а количество зарегистрированных случаев острого цистита колеблется от 26 до 37 миллионов. В США ежегодно на лечение неосложненных инфекций мочевыводящих путей тратится более 1 миллиарда долларов. Только в одном регионе России в среднем регистрируется более 330 тысяч дней нетрудоспособности с полной утратой трудоспособности 1,2 дня, значительным ограничением активности 2,4 дня и сохранением клинических симптомов на протяжении 6,1 дня. Инфекционным агентом при остром цистите чаще всего становится микрофлора, колонизирующая периуретральную область, женские гениталии, перианальную область (кишечная палочка — 79 %, коагулазонегативные эпидермальный и сапрофитный стафилококки — 11 %). Основными факторами вирулентности патогенных штаммов кишечной палочки служат способность к адгезии к клеткам уротелия с помощью специальных органелл-ворсинок, гиалуронидазная активность, вызывающая повреждение клеток уротелия, а также возможность активной пролиферации в моче. Морфологическими особенностями воспаления, обусловленного этим микроорганизмом, являются доминирующая серозная фаза экссудации, длительное время не приобретающая гнойный характер, возможность к самоликвидации патологического процесса, но при этом и сохранение колонизации микроорганизмами уротелия мочевыводящих путей.

Среди причин банального острого цистита у женщин, кроме инфекционного агента, на первое место следует поставить фактор переохлаждения: купание в холодной воде, сидение на холодном, пребывание на «сквозняке», ношение нижнего белья не по сезону. Большинство этих факторов не только для уролога поликлиники, но и для семейного врача, врача общей практики, терапевта, нефролога представляют определенную актуальность. Они требуют обязательного уточнения при общении с больной, поскольку чаще всего обусловлены недостаточной санитарной культурой женщин, недостатками воспитания, неумением сохранять и беречь свое здоровье, и могут быть предотвращены с помощью рациональной санитарно-просветительной работы. Во многом эти же факторы способству-

ют развитию острых воспалительных заболеваний женских гениталий, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз [6].

Клиническая картина заболевания является ведущей в диагностике банального острого цистита у женщин. Болезнь начинается с неприятных ощущений, дискомфорта внизу живота и нарастающей поллакиурии днем и ночью. На фоне частого мочеиспускания присоединяется резь в мочеиспускательном канале, создающая порой в силу спастического состояния уретрального сфинктера ощущение некоторого болезненного затруднения при опорожнении мочевого пузыря (странгурия). На высоте острых проявлений нередко наблюдаются ложные и бесплодные позывы к мочеиспусканию вследствие спастического гипертонуса детрузора, которые могут быть почти постоянными и достаточно мучительными для пациентки.

Нередко на фоне выраженной поллакиурии и странгурии наблюдается терминальная макрогематурия в виде выделения нескольких капель алой или темной крови в конце мочеиспускания в результате спастического сокращения шейки воспаленного мочевого пузыря. Повышения температуры тела и признаков интоксикации при этом не наблюдается, боль в поясничных областях для острого цистита нехарактерна. Ее появление на фоне дизурии, в конце мочеиспускания, как правило, служит признаком пузырно-мочеточникового рефлюкса, представляющего опасность развития восходящего острого пиелонефрита.

Лабораторные данные при банальном остром цистите у женщин достаточно характерны [6]. Наиболее информативным следует считать самый простой и распространенный общеклинический анализ мочи. На фоне резко выраженной поллакиурии и странгурии собрать среднюю порцию с соблюдением необходимых гигиенических правил, правда, для женщины бывает довольно трудно, что в амбулатории следует непременно учитывать. Для этого заболевания бывают характерны мутная моча чаще нейтральной или щелочной реакции с небольшим количеством белка (ложная протеинурия, обусловленная лейкоцитами, эритроцитами, продуктами их разрушения, распада клеточного детрита слизистой, примесью экссудата и др.), пиурия — повышение количества лейкоцитов (лейкоцитурия), в меньшей степени эритроцитов (микрогематурия), присутствие значительного количества банальной микробной флоры (бактериурия). Примеси боль-

шого количества клеток плоского эпителия и слизи более характерны для контаминации мочи выделениями воспаленных женских гениталий и требуют дополнительных лабораторных диагностических исследований.

Называть такие изменения в общем анализе мочи «мочевым синдромом», как это нередко делают терапевты и нефрологи, с позиций уролога неправильно. Синдром — устойчивое сочетание симптомов, характерных для поражения минимум двух онтофилогенетически разных систем, а в данном случае речь идет только о воспалении мочевого пузыря и его лабораторных проявлениях. Применение количественных методов подсчета форменных элементов в моче (проба Нечипоренко) дает значительно меньше информации, так как не учитывает прозрачности мочи, ее реакции, степени ложной протеинурии, наличия банальной микрофлоры. Необходимость сбора мочи в специальную посуду на фоне выраженной дизурии создает дополнительные трудности для пациентки, чревато неизбежным нарушением правильного сбора мочи, ее контаминацией содержимым влагалища, поэтому такое исследование нецелесообразно. Переоценка результатов общеклинического анализа мочи без учета клинической картины и возможных погрешностей сбора мочи для исследования, установление диагноза «цистит» или, что еще хуже, «пиелонефрит» исключительно на основе «мочевого синдрома» являются грубой врачебной ошибкой, влекущей за собой диагностические трудности и нередко вынужденное длительное, повторяющееся лечение антибиотиками без реальных оснований с неблагоприятными последствиями для пациентки.

Важное место в диагностике неосложненных инфекций мочевыводящих путей имеет оценка микробной обсемененности мочи. При обнаружении до 1000 КОЕ в 1 мл мочи инфекционный процесс маловероятен. При наличии 1000–100 000 КОЕ в 1 мл мочи возбудитель этиологически значим при наличии клинических проявлений. При наличии более 100 000 КОЕ в 1 мл возбудитель считается этиологически значимым даже при отсутствии клинических проявлений заболевания [7].

Особые лечебные трудности создают биопленки — сообщество микроорганизмов, покрытое тонкой полисахаридной пленкой. Биопленки представляют собой очаги инфекции, имеют собственные принципы жизнедеятельности, жизнеобеспечения и системы защиты от неблагоприятных механиз-

мов защиты хозяина и антимикробных средств. Формирование биопленок — одна из главных причин антибиотикорезистентности и хронизации инфекций мочевыводящих путей. Микрофлора биопленки более устойчива к воздействию неблагоприятных факторов физической, химической и биологической природы по сравнению со «свободно плавающими» бактериями. Бактерии в биопленках остаются живыми даже при большей в 500–1000 раз концентрации антибиотиков, чем их минимальная подавляющая концентрация. Поэтому для воздействия на них требуется синергическая или альтернативная терапия.

Подробное рассмотрение, казалось бы, всем известной проблемы острого цистита не должно, с нашей точки зрения, показаться широкой врачебной аудитории излишним и оскорбительно примитивным. Дело заключается в чрезвычайно высокой ответственности, которую возлагает на себя врач при постановке диагноза банального острого цистита. Если это сделано с без учета клинической картины заболевания или без ее пристального анализа, порой на основании единственного анализа мочи, который может быть собран неверно, с погрешностями, возможны диагностические ошибки, влекущие длительное малоэффективное лечение антибиотиками, а порой и более серьезные последствия для пациентки.

За последние 10 лет значительно возросло число инфекций, передающихся половым путем (ИППП), которые не могут не накладывать отпечаток на возникновение, клиническое течение и особенности неосложненных инфекций мочевых путей. Среди них и во многом известный трихомониаз, и хламидиоз, а также инфекции, вызываемые гарднереллами, уреаплазмами, микоплазмами, вирусами и пр. Не следует забывать и о гонорее, диагностика которой у женщин обладает своими особенностями и трудностями.

В большинстве случаев генитальных инфекций у женщин в силу анатомических особенностей в воспалительный процесс вовлекается мочеиспускательный канал. Возникновение признаков уретрита с последующим восходящим уриногенным распространением инфекции делает их по сути урогенитальными. Уретрит проявляется ощущением дискомфорта, жжением в уретре, резью при мочеиспускании с некоторым его затруднением (странгурия). Эти клинические признаки могут в дальнейшем развиваться и прогрессировать, обуславливая

учащенное мочеиспускание в силу рефлекторных воздействий на детрузор от уретры и уретрального сфинктера, а также прямого восходящего распространения в мочевой пузырь. Если не учитывать динамики появления и характера симптомов, как правило, ставится диагноз «острый цистит», назначается банальная антимикробная терапия, которая может иметь недостаточный, временный или замедленный эффект, поскольку не выявлена возможная причина и сохраняется источник воспаления, для лечения которого необходим комплекс разных мер, в том числе и специфических лекарственных воздействий со стороны дерматовенеролога. Не следует забывать и о том, что недиагностированные урогенитальные инфекции у женщины при половых контактах являются причиной урогенитальных воспалений у мужчин и в конечном счете все более широкого распространения этих инфекционных заболеваний.

Клинические проявления острого уретрита в виде ощущения дискомфорта в уретре, рези при мочеиспускании, странгурии без выраженного на первых порах учащения мочеиспускания, без ночной поллакиурии непременно должны настораживать врача в плане возможных урогенитальных инфекций. Помочь в этом может анамнез: случайные половые связи, урогенитальные инфекции у партнера и др. Однократный общеклинический анализ мочи может дать результат, аналогичный острому циститу. Для дифференциальной диагностики следует непременно применять 2-стаканную пробу, ПЦР на возбудителей ИППП.

Врач поликлиники в условиях современной, порой недостаточной санитарной культуры населения должен подробно объяснить пациентке, как именно собирать мочу для исследования. Обязательным при этом является тщательный утренний туалет наружных половых органов, установление во влагалище чистого марлевого тампона для предотвращения попадания его содержимого в собираемую мочу. Для сбора мочи следует приготовить две чистые банки, которые маркируют цифрами 1 и 2. В 1-ю банку следует собрать первые 50–100 мл мочи, а затем, не прерываясь, собрать столько же в банку № 2. Обе собранные порции должны быть исследованы методом общеклинического анализа или по Нечипоренко. Преобладание воспалительных элементов (слущенный эпителий, лейкоциты, бактерии, слизь) в первой порции мочи служит объективным подтверждением уретрита, пре-

имущественного поражения мочеиспускательного канала, что требует исключения урогенитальных инфекций путем соответствующего обследования у гинеколога, дерматовенеролога и комплексного лечения с обязательным лабораторным специфическим контролем. Пренебрегать этим нельзя. Мы уверены, что именно такая диагностическая и лечебная тактика может значительно повысить эффективность лечения урогенитальных инфекций, во многом ограничить их распространение и избавить пациенток от длительного и порой малоэффективного лечения антибиотиками.

Неосложненные инфекции мочевыводящих путей, которые в подавляющем большинстве являются банальным первичным острым циститом, требуют назначения комплексной терапии. Около 50 % наших соотечественников при заболеваниях начинают принимать антибиотики без консультации с врачом, причем около 95 % россиян хранят противомикробные лекарственные средства в домашних аптечках. В настоящее время проблеме резистентности бактерий к антибиотикам уделяется пристальное внимание. К такой устойчивости приводит неправильное применение антибиотиков, отказ от полного курса при улучшении состояния, а также прием этих антибактериальных препаратов при вирусных заболеваниях. Ежегодно в странах Европы умирают 25 тысяч человек по причине инфекций, вызванных резистентными микроорганизмами. Это может привести к тому, что инфекционные болезни могут стать неизлечимыми, так как разработка новых антибиотиков идет крайне медленно. Несмотря на то что ведущие мировые эксперты призывают к более обдуманному назначению антибиотиков и сокращению масштабов их использования [8], за последние десять лет потребление противомикробных средств во всем мире увеличилось на 36 % — с 54 миллиардов до 73 миллиардов условных единиц в год. При этом на страны — участницы БРИКС приходится 76 % от роста потребления [9].

Если диагноз сомнений не вызывает, лечение может быть назначено любым врачом, в том числе и семейным, участковым терапевтом, нефрологом, гинекологом и врачом общей практики. Терапия острого цистита должна быть комплексной. Кроме антибиотиков следует рекомендовать симптоматическую терапию уроселективными холинолитиками, урежающими мочеиспускание, прием растительных мочегонных препаратов, способствующих

удалению микробного возбудителя, воспалительного детрита из мочевого пузыря, нестероидных противовоспалительных средств при отсутствии противопоказаний.

В качестве мер профилактики острого цистита, кроме исключения переохлаждений, могут быть рекомендованы ежедневное неукоснительное соблюдение правил личной гигиены, регулярное опорожнение мочевого пузыря, что позволяет предотвращать его переполнение, размножение в нем бактерий, особенно важно своевременное опорожнение мочевого пузыря после *coitus*. Кроме этого, следует употреблять достаточное количество жидкости, проводить профилактику запоров, избегать тесного нательного белья и пр. [10].

Практика последнего 10-летия позволила обратить внимание на больных рецидивирующим острым циститом. Нередко уже в первой беседе с врачом (чаще путем пристрастного опроса) удастся выяснить, что эпизоды острого воспаления мочевого пузыря (чаще уретры и мочевого пузыря) возникают непосредственно или в ближайшие часы после полового контакта, перерывы в интимной жизни при этом могут четко соответствовать «светлым» промежуткам. В мировой урологической практике подобные случаи известны («посткоитальный» цистит). Урологи за рубежом не без участия фармацевтических фирм — производителей антибиотиков даже рекомендуют таким женщинам меры профилактики в виде приема ударной дозы препарата (чаще фторхинолона) непосредственно перед и/или сразу после *coitus*. С коммерческих позиций это крайне выгодно, поскольку обеспечивает постоянный дополнительный спрос на эти лекарства, вследствие того что женщина должна применять такие «защитные» меры всю оставшуюся жизнь. Постоянный систематический прием антибиотика не может не сказываться на состоянии иммунной системы, вероятности появления аллергических реакций, ослаблении эффекта в силу развития устойчивости возбудителя и т. д.

Исследования, проведенные в нашей стране под руководством академика РАН профессора О.Б. Лорана, а в последующем школой профессора Б.К. Комякова, показали, что причиной рецидивирующего острого воспаления в уретре и мочевом пузыре после полового акта может быть врожденная или приобретенная эктопия наружного отверстия к входу во влагалище. Близкое расположение наружного отверстия уретры к входу во влагалище

ще у женщины может быть индивидуальной особенностью развития гениталий в онтогенезе или следствием рубцовых изменений гименальных спаек после дефлорации, которые подтягивают наружное отверстие уретры к влагалищному входу. Введение полового члена во влагалище при этом смещает наружное отверстие уретры в полость влагалища, содержимое которого всегда инфицировано, импрессия его в просвет уретры приводит к острому уретриту с соответствующей клинической картиной и к острому циститу. Периодичность рецидивов острого воспаления понятна на фоне продолжающейся сексуальной жизни. В силу анатомических особенностей такие эпизоды острого воспаления могут наблюдаться с определенными половыми партнерами не только по причине их инфицированности, а в соответствии с растяжением влагалища при разных размерах полового члена в разных половых позициях.

Диагностика подобных изменений на этапе общения с семейным врачом и/или врачом общей практики должна ограничиваться выяснением жалоб и характерных особенностей анамнеза, а также исследованием мочи в двух порциях с последующим направлением пациентки к урологу (желательно ориентированному в вопросах урогинекологии) или в урогинекологическое отделение. Гинекологи, к сожалению, в силу профессиональной разобщенности далеко не все владеют этой диагностикой. При осмотре в кресле данное заболевание диагностируется путем введения двух пальцев во влагалище с надавливанием на задний свод и разведением их в стороны — смещение наружного отверстия уретры в полость влагалища подтверждает возможную причину заболевания. Небольшая по объему хирургическая операция, направленная на перемещение наружного отверстия уретры кпереди и проксимально, разобщает уретру и полость влагалища при *coitus*, приводя к полному излечению.

Мы рассмотрели проблему неосложненных инфекций мочевыводящих путей преимущественно у женщин. Это верно, поскольку банальным первичным острым циститом мужчины не болеют вследствие анатомических особенностей дистального отдела мочевыводящих путей и мужских половых органов. Это, однако, не исключает у них инфекционно-воспалительные процессы с разными клиническими проявлениями. Если у мужчины наблюдается дневная и ночная поллакиурия, странгурия, порой с терминальной макрогематурией и соот-

ветствующими изменениями мочи (незначительная ложная протеинурия, лейкоцитурия, менее выраженная микрогематурия, бактериурия, мутная моча с примесью слизи), как правило, это проявления острого простатита. Причины этого явления такие же, как и у женщин: охлаждение, купание в холодной воде, пребывание на сквозняке, в мокрой одежде, ношение нижнего белья не по сезону, иногда половые эксцессы.

Для подтверждения диагноза острого простатита урологу бывает достаточно пальцевого ректального исследования, при котором железа бывает умеренно увеличена, пастозна, отечна, болезненна при пальпации, а также ультразвукового исследования простаты абдоминальным или трансректальным доступом. Для острого простатита более характерны общие воспалительные реакции: лихорадка, нередко с ознобами, признаки интоксикации, не только поллакиурия и странгурия, но и затрудненное мочеиспускание с обструктивными симптомами и появлением остаточной мочи. Оказание помощи таким больным амбулаторно и в стационаре целиком и полностью возлагается на уролога. Правильная ориентация в клинической картине и своевременное экстренное направление пациента к специалисту врачами общей практики во многом улучшают результаты лечения и позволяют предотвратить тяжелые, жизненно опасные осложнения, такие как восходящий пиелонефрит, абсцесс простаты, сепсис и др. Необоснованная антибактериальная терапия может несколько снизить остроту состояния, но в то же время стать препятствием для своевременной диагностики абсцесса предстательной железы, ее специфического поражения и пр.

Неумение, а порой и нежелание заниматься полноценной клинической диагностикой, стремление диагностировать «инфекцию мочевых путей» путем выявления пресловутого «мочевого синдрома» при чтении общего анализа мочи у мужчин может иметь и другие, не менее серьезные последствия. Дизурией (поллакиурией, странгурией) и пиурией (лейкоцитурией и бактериурией) проявляются такие воспалительные заболевания мужских гениталий, как баланит и баланопостит, уретрит, в том числе и гонорейный. Для их диагностики любым врачом бывает достаточно осмотра наружного отверстия и содержимого препуциального мешка, а для выявления уретрита — осмотра наружного отверстия мочеиспускательного канала при нали-

чии выделений, их микроскопическое исследование, ПЦР для диагностики ИППП.

В заключение следует подчеркнуть необходимость единого методологического подхода к диагностике неосложненных инфекций мочевыводящих путей у женщин и мужчин, что позволит проводить эффективное лечение и избавит от возможных диагностических и лечебных ошибок.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Guidelines on Urological Infections / M. Grabe, T.E. Bjerklund-Johansen, H. Botto, et al. European Association of Urology. 2011. 110 p.
2. Guidelines on Urinary and Male Genital Tract Infections / K.G. Naber, B. Bergman, T.E. Bjerklund-Johansen, et al. *European Association of Urology*. 2001. 76 p.
3. Naber KG. Antimicrobial treatment of bacterial prostatitis. *European Urology*. 2003;43(Suppl 2):23-26. doi: 10.1016/s1569-9056(02)00196-3.
4. Naber KG, Cho Y-H, Matsumoto T, Schaeffer AJ. Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections: a meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2009;33(2):111-119. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2008.08.011.
5. Hooton TM. Recurrent urinary tract infection in women. *International Journal of Antimicrobial Agents*. 2001;17(4):259-268. doi: 10.1016/s0924-8579(00)00350-2.
6. Dwyer PL, O'Reilly M. Recurrent urinary tract infection in the female. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002;14(5):537-543.
7. Sivick KE, Mobley HL. Waging war against uropathogenic *Escherichia coli*: winning back the urinary tract [minireview]. *Infection and Immunity*. 2009;78(2):568-585. doi: 10.1128/iai.01000-09
8. WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: Forty-fourth report. WHO Technical Report Series No 957. Geneva: World Health Organization; 2010. 277 p.
9. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В., и др. Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования ДАРМИС (2010–2011) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2012. – Т. 14. – № 4. – С. 280–302 [Palagin IS, Suhorukova MV, Dehnic AV, et al. Current State of Antibiotic Resistance of Pathogens Causing Community- Acquired Urinary Tract Infections in Russia: DARMIS Study (2010–2011). *Klinicheskaja mikrobiologija i antimikrobnaja himioterapija*. 2012;14(4):280-302 (In Russ.)]
10. Франк У. Антибактериальная терапия в амбулаторно-поликлинической практике. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с. [Frank U. *Antibakterialnaja terapija v ambulatorno-poliklinicheskoj praktike*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 256 p. (In Russ.)]

Сведения об авторах:

Владимир Викторович Борисов — д-р мед. наук, профессор кафедры внутренних и профессиональных болезней и пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва. E-mail: vvb56@yandex.ru.

Information about the authors:

Vladimir V. Borisov — doctor of medical science, professor, Department of Internal, Occupational Diseases and Pulmonology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia. E-mail: vvb56@yandex.ru.